

Starke Zunahme von Erwerbsminderungsrenten wegen psychischer Erkrankungen bei westdeutschen Frauen: Analysen zu individuellen, sozialen und regionalen Unterschieden beim Zugang in Erwerbsminderungsrente in Deutschland

Hagen, Christine

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Hagen, C. (2014). Starke Zunahme von Erwerbsminderungsrenten wegen psychischer Erkrankungen bei westdeutschen Frauen: Analysen zu individuellen, sozialen und regionalen Unterschieden beim Zugang in Erwerbsminderungsrente in Deutschland. *Informationsdienst Soziale Indikatoren*, 51, 6-11. <https://doi.org/10.15464/isi.51.2014.6-11>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY Licence (Attribution). For more Information see:
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>

allenfalls spekuliert werden. Vordergründig deutet sich immerhin an, dass sich hohe Aufwendungen für Kommunikationsgeräte und laufende Kommunikationskosten im subjektiven Wohlbefinden nicht positiv niederschlagen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die unterschiedlichen Verbrauchsprofile der Haushalte vor allem von den verfügbaren Ressourcen, darüber hinaus aber auch von bedarfsbestimmenden Faktoren und differenziellen Präferenzen geprägt werden. Dabei hat sich gezeigt, dass sich die Verbrauchsstrukturen der Bevölkerungsteile mit und ohne Migrationshintergrund insgesamt erstaunlich ähnlich sind. Allerdings finden sich für Zuwanderer aus bestimmten Herkunftsländern durchaus signifikante Abweichungen, die auf kulturell geprägte Unterschiede im Konsumverhalten schließen lassen.

Die erstmals durchgeführten Analysen zum Zusammenhang von Verbrauchsausgaben und dem subjektiven Wohlbefinden haben zudem ergeben, dass mit steigenden Konsumniveaus eine Zunahme der Lebenszufriedenheit verbunden ist, wobei der Effekt auch davon abhängt, auf welche Zwecke sich die Ausgaben verteilen. Ein niedriges Konsumniveau, das aus einem freiwilligen Verzicht resultiert, scheint die Lebenszufriedenheit jedoch kaum zu beeinträchtigen. Diese Beobachtung, ebenso wie der Befund, dass die Ausgaben die Einkommen in ärmeren Haushalten vielfach übersteigen, trägt dazu bei zu erklären, warum eine niedrige relative Konsumposition das subjektive Wohlbefinden weniger zu beeinträchtigen scheint als eine niedrige relative Einkommensposition.

- 1 Für allgemeine Informationen zum SOEP vgl. www.diw.de/soep; detaillierte Dokumente zur Beschreibung des Datensatzes finden sich unter www.diw.de/de/diw_02.c.222858.de/dokumente.html.
- 2 Zur Methodik der EVS vgl. Statistisches Bundesamt (2013).
- 3 Trotz unterschiedlicher Vorgehensweisen bei der Ermittlung der Wohnausgaben, wurden die einzelnen Ausgabenpositionen nach der Systematik der EVS zu einem Gesamtbetrag zusammengefasst. Den Wert der Immobilie steigernde und damit vermögensbildende Modernisierungsausgaben wurden demnach nicht als Verbrauchsausgaben berücksichtigt. Bei der Berechnung der Wohnausgaben von Eigentümern wird für die nachfolgenden Analysen standardmäßig keine fiktive Miete einkalkuliert.
- 4 Vgl. dazu bereits die frühen Untersuchungen von Ernst Engel im 19. Jahrhundert, die das sogenannte „Engelsche Gesetz“ begründeten, demzufolge der Anteil der Ausgaben für Nahrungsmittel mit steigendem Haushaltseinkommen abnimmt.
- 5 Die Ergebnisse der durchgeführten multivariaten Regressionsanalysen können hier aus Platzgründen nicht in Tabellenform ausgewiesen werden. Im Text

berichtete Zusammenhänge wurden auf Signifikanz geprüft.

- 6 Bekleidung stellt zwar einerseits ein Grundbedürfnis dar, erfüllt aber in modernen Überfluggesellschaften darüber hinaus auch „Luxus“-Funktionen der „Distinktion“ und Demonstration von Status und Lebensstil.
- 7 Vgl. dazu unter anderem Noll/Weick (2011).
- 8 Für eine detailliertere Betrachtung des sogenannten „overspendings“ im Niedrigeinkommensbereich vgl. Noll/Weick (2007).
- 9 Vgl. u. a. Diener et al. (1993); dagegen setzt sich Easterlin (2004) kritisch mit der auf Querschnittsanalysen basierenden Generalisierung auseinander, dass der Zusammenhang zwischen Einkommen und Lebenszufriedenheit einem abnehmenden Grenznutzen des Einkommens folge.

Diener, Ed; Sandvik, Ed; Seidlitz, Larry; Diener, Marissa, 1993: *The Relationship Between Income and Subjective Well-Being: Relative or Absolute?* In: *Social Indicators Research*, Vol. 28, S. 195-223.

Easterlin, Richard, 2004: *Diminishing Marginal Utility of Income? A Caveat*. University of Southern California, Law and Economics Working Paper Series, No. 5. Los Angeles.

Noll, Heinz-Herbert; Weick, Stefan, 2005: *Markante Unterschiede in den Verbrauchsstrukturen verschiedener Einkommens-*

positionen trotz Konvergenz. Analysen zu Ungleichheit und Strukturwandel des Konsums. In: *Informationsdienst Soziale Indikatoren (ISI)*, 34, S. 1-5.

Noll, Heinz-Herbert; Weick, Stefan, 2007: *Einkommensarmut und Konsumarmut – unterschiedliche Perspektiven und Diagnosen. Analysen zum Vergleich der Ungleichheit von Einkommen und Konsumausgaben*. In: *Informationsdienst Soziale Indikatoren (ISI)*, 37, S. 1-6.

Noll, Heinz-Herbert; Weick, Stefan, 2010: *Subjective well-being in Germany: evolutions, determinants and policy implications*. In: Bent Greve (ed.), *Happiness and Social Policy in Europe*. Cheltenham: Edward Elgar, S. 70-88.

Noll, Heinz-Herbert; Weick, Stefan, 2011: *Zuwanderer mit türkischem Migrationshintergrund schlechter integriert. Indikatoren und Analysen zur Integration von Migranten in Deutschland*. In: *Informationsdienst Soziale Indikatoren (ISI)*, 46, S. 1-6.

Statistisches Bundesamt, 2013: *Fachserie 15, Heft 7. Wirtschaftsrechnungen. Einkommens- und Verbrauchsstichprobe. Aufgabe, Methode und Durchführung*.

Heinz-Herbert Noll und Stefan Weick, GESIS

Tel.: 0621 / 1246-241 und -245
heinz-herbert.noll@gesis.org
stefan.weick@gesis.org

Starke Zunahme von Erwerbsminderungsrenten wegen psychischer Erkrankungen bei westdeutschen Frauen

Analysen zu individuellen, sozialen und regionalen Unterschieden beim Zugang in Erwerbsminderungsrente in Deutschland

Die Ursachen für den Bezug einer Erwerbsminderungsrente haben sich in den letzten Jahrzehnten stark verändert. Obgleich auch heute noch das Risiko dominiert, aufgrund von chronischen körperlichen Erkrankungen den Arbeitsmarkt vorzeitig zu verlassen, haben die psychischen Erkrankungen als Grund für den Bezug von Erwerbsminderungsrente absolut sowie relativ zugenommen. Für evidenzbasierte politische Entscheidungen und Präventionsansätze werden verlässliche Informationen und Analysen benötigt. Auf Grundlage von prozessproduzierten Daten des Forschungsdatenzentrums der Rentenversicherung (FDZ-RV) und der regionalen INKAR-Daten (Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung) geht der vorliegende Beitrag der Frage nach, welche Personenkreise besonders häufig somatische und psychische Erkrankungen aufweisen, und in welchen Regionen diese Personen wohnen.

Seit mehr als über einem Jahrzehnt hält sich der Anteil der Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentner bei den Neuzugängen in die Rente auf einem Niveau

von etwa 20%. Zumeist geht dem Antrag einer Erwerbsminderungsrente (EM-Rente) eine lange Krankheitsgeschichte voraus, die nicht selten durch Mehrfacherkrankun-

gen gekennzeichnet ist. Um einen Antrag auf EM-Rente stellen zu können, muss die Leistungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt geringer sein als drei Stunden am Tag (für eine volle EM-Rente) oder drei bis sechs Stunden am Tag (für eine teilweise EM-Rente).¹ Im Jahr 2012 wurden ca. 58% aller Anträge auf EM-Rente durch die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung bewilligt. Ablehnungen erfolgten in mehr als 70% der Fälle infolge von gutachterlichen Einschätzungen, nach denen Antragsstellende ein Restleistungsvermögen von mehr als sechs Stunden pro Tag haben und damit nicht vermindert erwerbstätig sind (Deutsche Rentenversicherung 2013).

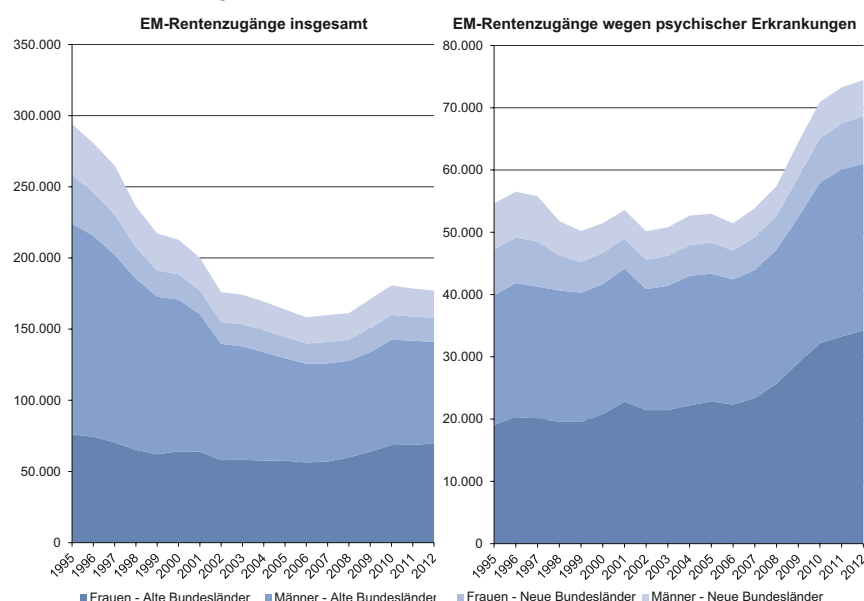
In den letzten Jahren ist ein Anstieg der absoluten Zahlen zum EM-Rentenzugang zu beobachten, insbesondere solche mit der Diagnose psychische Erkrankungen. Die ansteigende Verdichtung, Entgrenzung und Prekarisierung der Erwerbsarbeit könnte eine Ursache dafür sein; der Zusammenhang zwischen hoher Arbeitsbelastung und einer Zunahme psychischer Erkrankungen gilt als gesichert (Lohmann-Haislah 2012). Zudem ist ebenfalls bekannt, dass Arbeitslose besonders häufig unter psychischen Erkrankungen leiden (OECD 2012). Darüber hinaus liefert der aktuelle OECD-Report „Health at a Glance 2013“ Hinweise darauf, dass Wirtschaftskrisen sowie die damit einhergehenden Beschäftigungsrisiken und Existenzängste zu starken psychischen Belastungen führen (OECD 2013). Dabei ist unklar, ob eine reale Zunahme von psychischen Erkrankungen zu verzeichnen ist, oder ob die gestiegene gesellschaftliche Akzeptanz gegenüber psychischen Erkrankungen dazu führt, dass dieses Krankheitsbild eher thematisiert, diagnostiziert und behandelt wird.

EM-Renten erlangen aufgrund ihrer Verbreitung und Folgen eine große gesundheits- und sozialpolitische sowie ökonomische Bedeutung. Schließlich ist eine zunehmende Frühberentung wegen chronischer Erkrankungen nicht mit dem Ziel einer Verlängerung der Lebensarbeitszeit zu vereinbaren, weil EM-Rentnerinnen und -Rentner nicht über die gesundheitlichen Voraussetzungen für einen späteren Erwerbsaustritt verfügen. Im aktuellen Koalitionsvertrag (2013) liegt das Hauptaugenmerk auf den hohen Armutsrisiken von EM-Rentenbeziehenden, die in aktuellen Analysen belegt werden (Märting/Zollmann 2013). Hinsichtlich der Ursachen von chronischen Erkrankungen, die eine EM-Rente begründen, besteht jedoch noch erheblicher Forschungsbedarf.

Für Präventionsansätze sowie Maßnahmen zur Minderung krankheitsbedingter Frühberentung ist eine diagnosespezifische Analyse der individuellen, sozialen und regionalen Unterschiede von EM-Rentenbeziehenden hilfreich. Der vorliegende Beitrag geht deshalb folgenden Fragen nach:

- Was wissen wir über Erwerbsminderungsrentnerinnen und -rentner die aufgrund von psychischen und somatischen

Grafik 1: Entwicklung der Zugänge in EM-Rente insgesamt und wegen psychischer Erkrankungen (1995–2012)



Datenbasis: Deutsche Rentenversicherung Bund, Rentenzugangsstatistik, verschiedene Jahrgänge, eigene Berechnungen

Erkrankungen vorzeitig den Arbeitsmarkt verlassen?

- Unterscheiden sich sozio-ökonomische und -demografische Merkmale bei psychisch und somatisch erkrankten Personen?
- Welche Rolle spielt die Region, in der die Personen wohnen?

Die Analysen basieren auf prozessproduzierten Daten der gesetzlichen Rentenversicherung, die vom Forschungsdatenzentrum der Rentenversicherung (FDZ-RV) für wissenschaftliche Forschungsvorhaben zur Verfügung gestellt werden. Verwendet werden die Vollerhebungen der Datensätze Rentenzugang in Erwerbsminderungsrente 2011 sowie die ‚Aktiv Versicherten‘, die Informationen über die Gesamtzahl der unter einem Erwerbsminderungsrisiko stehenden Population bieten. Die Untersuchungspopulation ist wegen des regionalen Zuschnitts auf in Deutschland lebende Personen begrenzt (Inlandskonzept).² Im Ausland lebende sowie Personen mit Vorerkrankungen, wie behinderte Menschen, werden nicht berücksichtigt. Psychische und somatische Erkrankungen werden durch die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ICD-10-Klassifikation (German version) chronischer Erkrankungen ausgewiesen. Wobei die rentenbegründende Hauptdiagnose ‚psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen‘ das gesamte Kapitel V einschließt, von ‚Demenz (F00)‘ bis hin zu ‚Psychische Störung ohne nähere Angabe (F99)‘. Alle anderen Krankheiten werden als somatische Erkrankung klassifiziert.

Langfristige Abnahme der Zugänge in Erwerbsminderungsrente

Grafik 1 stellt die Entwicklung der Zugänge in EM-Rente insgesamt (Diagramm links)

sowie die Entwicklung der Zugänge in EM-Rente wegen psychischer Erkrankungen (Diagramm rechts) in absoluten Zahlen dar. Insgesamt ist bei den Neuzugängen in EM-Rente zwischen 1995 und 2006 ein Rückgang von rund 294.000 auf etwas mehr als 158.000 zu verzeichnen. Bis zum Jahr 2012 sind die Zugänge in EM-Rente wieder auf etwas mehr als 177.000 angestiegen. Verursacht wurde diese Zunahme insbesondere durch stark steigende EM-Renten Zugänge wegen psychischen Erkrankungen bei Frauen in den alten Bundesländern. Die erfreuliche Reduzierung der chronischen Krankheiten ist vor allem auf sinkende Zugänge bei westdeutschen Männern mit Muskel-Skelett-Erkrankungen zurückzuführen (Müller et al. 2013).

Hinsichtlich der Entwicklung von psychischen Erkrankungen im Zeitverlauf zeigt sich ein ganz anderes Bild. Insbesondere bei westdeutschen, jedoch auch bei ostdeutschen Frauen ist im Beobachtungszeitraum ein Anstieg der Zugänge in EM-Rente wegen psychischer Erkrankungen festzustellen. Bei Frauen in den alten Bundesländern ist zu beachten, dass wegen der Zunahme der Frauenerwerbstätigkeit eine größer werdende Anzahl der Frauen die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen zum Bezug einer EM-Rente erfüllt. Eine der wesentlichen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen ist der Nachweis von drei Jahren Pflichtbeitragszeiten innerhalb der letzten fünf Jahre vor dem Antrag einer EM-Rente.

Bivariate Analysen zeigen (Tabelle 1), dass es Unterschiede zwischen Personengruppen mit psychischen und somatischen Erkrankungen beim Zugang in EM-Rente gibt. Auch hier zeigt sich, dass insbesondere in Westdeutschland lebende und in Teilzeit beschäftigte Frauen erhöhte Häufigkeiten aufweisen, wegen psychischer Erkrankun-

Tabelle 1: Zugang zur Erwerbsminderungsrente nach Diagnosegruppe

	Diagnose / Erkrankung		
	psychisch	somatisch	insgesamt
Fallzahlen	65.695	93.447	159.142
Anteile (%)	41,3	58,7	100
Frauenanteil (%)	55,6	42,5	47,9
Anteil Ostdeutschland (%)	22,2	25,2	24,3
Ledig, geschieden, verwitwet (%)	55,6	40,4	46,7
Nicht-deutsche Staatsangehörigkeit (%)	11,6	9,2	10,0
Ø Zugangsalter in Jahren	48,6	52,3	50,8
Ø vollwertige Beitragszeiten in Jahren	21,7	26,1	24,3
Ø Entgeltpunkte/Versicherungsjahr	0,72	0,77	0,75
Ø Rentenzahlbetrag in EUR	598	608	604
Niedrige Qualifikation ¹ (%)	54,8	50,2	52,1
Mittlere Qualifikation (%)	42,5	47,6	45,5
Hohe Qualifikation (%)	2,7	2,2	2,4
Teilzeitbeschäftigung (%)	36,0	31,8	33,5
Anteil mit beruflicher REHA in letzten 5 J. (%)	2,8	2,1	2,3
Anteil mit medizinischer REHA in letzten 5 J. (%)	45,4	46,2	45,9

1) Einschließlich „keine Angabe“.

Datenbasis: FDZ-RV – Rentenzugang 2011, eigene Berechnungen. Ohne Renten für Bergleute wegen Vollendung des 50. Lebensjahres, ohne ins Ausland gezahlte Renten und ohne Fälle mit nicht erfasster 1. Diagnose nach ICD 10

gen vorzeitig in den Ruhestand zu gehen. Hinsichtlich des Familienstandes fällt auf, dass Verheiratete oder in eingetragenen Lebenspartnerschaften lebende Personen seltener mit psychischen, dafür häufiger mit somatischen Erkrankungen eine EM-Rente beziehen. Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit sind dagegen häufiger von psychischen als von somatischen Erkrankungen betroffen. Bei Migrantinnen und Migranten wird von einem erhöhten Risiko der medizinischen Fehl- und Unterversorgung ausgegangen, insbesondere bei chronischen, psychosomatischen und psychischen Krankheiten (Schopf/Naegele 2005). Die unterschiedliche Nutzung des Gesundheitssystems durch Migranten wird insbesondere auf Kommunikationsprobleme (oftmals geringe Sprachkenntnisse sowie geringe Health Literacy) sowie auf ein anderes Gesundheits- bzw. Krankheitsverständnis (z. B. kulturelle gebundene Verständigungsprobleme) zurückgeführt (Höhne/Schubert 2007).

Bemerkenswert ist, dass psychische Erkrankungen, die zu Erwerbsminderung führen, in den Lebensläufen der Betroffenen rund vier Jahre früher eintreten als somatische. Vor dem Hintergrund hoher Altersarmutsrisiken vor allem von EM-Rentnerinnen (Märting/Zollmann 2013) zeigt sich für Menschen mit psychischen Erkrankungen, dass diesen weniger Zeit für private und betriebliche Altersvorsorge zur Verfügung steht, als den später berenteten Personen mit somatischen Erkrankungen. Dementsprechend sind die vollwertigen Beitragszeiten von Personen mit Diagnose psychische Erkrankungen kürzer als jene von Personen mit somatischen Erkrankungen. Durch den rentensteigernden Effekt der Zurechnungszeiten liegen die durchschnittlichen Bruttorentenzahlbeträge von EM-Rentnerinnen und -Rentnern bei etwa 600 EUR. Die in Entgeltpunkten

gemessenen relativen Periodenlöhne, bezogen auf die jeweiligen Versicherungsjahre, belaufen sich bei EM-Rentnern mit psychischen wie somatischen Erkrankungen auf etwa drei Viertel Entgeltpunkte, und liegen damit etwa 25% unter dem Durchschnittsentgelt aller Versicherten.

Somatische Erkrankungen treten in der mittleren Qualifikationsgruppe (Facharbeiter und berufsqualifizierte Angestellte) überproportional häufig auf. Psychische Erkrankungen kommen hingegen sowohl bei Niedrigqualifizierten (ohne Berufsausbildung) als auch bei Hochqualifizierten mit (Fach-)Hochschulabschluss häufiger vor.

Keine nennenswerten Unterschiede zwischen beiden Krankheitsgruppen sind hinsichtlich vorgelagerter Rehabilitationsmaßnahmen festzustellen. Allerdings fällt auf, dass berufliche Rehabilitationsmaßnahmen sehr selten vorkommen und selbst medizinische Rehabilitationsmaßnahmen wurden innerhalb der letzten fünf Jahre vor Rentenzugang bei weniger als jedem zweiten Betroffenen durchgeführt.

Regionale Unterschiede beim Zugang zu Erwerbsminderungsrenten wegen somatischer Erkrankungen

Die Befunde zeigen, dass es offensichtlich starke geschlechts- und diagnosespezifische sowie Ost-West-Unterschiede bei den Zugängen in EM-Rente gibt. Um die regionalen Differenzen näher zu untersuchen, werden in den nächsten Analyseschritten die Regionen nach 96 Raumordnungsregionen feiner differenziert und regionale EM-Risiken berechnet. Diese regionalen EM-Risiken berücksichtigen die Anzahl der in den jeweiligen Regionen sozialversicherungspflichtig beschäftigten Personen. Spezifische regionale Kontexte hinsichtlich

der jeweiligen Arbeitsmärkte für ältere Erwerbstätige (gemessen durch Beschäftigten- und Arbeitslosenquote im Alter von 55 bis 65 Jahren pro 100 Einwohner gleichen Alters) sowie die regionale Wohlstandssituation (gemessen als Bruttoinlandsprodukt (BIP) pro Einwohner in 1.000 EUR) werden auf Basis der INKAR-Daten (2012) des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) berücksichtigt.

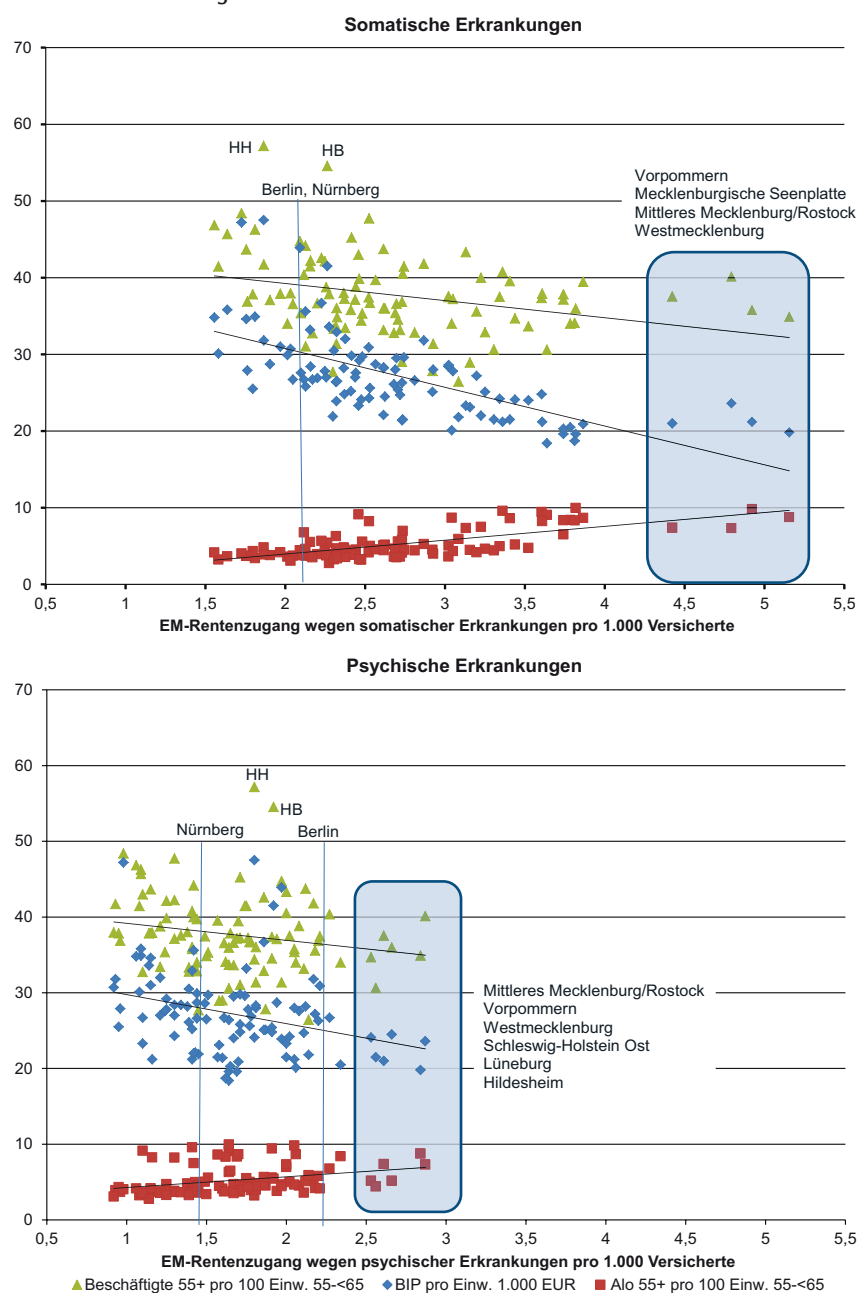
Unsere These hierbei ist, dass in Regionen mit angespannter Arbeitsmarktlage – wenige ältere Beschäftigte und hoher Arbeitslosigkeit Älterer – sowie einem niedrigen Wohlstandskontext die Risiken für den Bezug einer Erwerbsminderungsquote höher ausfallen, insbesondere in Zeiten der Wirtschaftskrise (OECD 2013).

Grafik 2 enthält zwei Streudiagramme. In beiden werden regionale EM-Risiken ausgewiesen, im oberen Diagramm für somatische Erkrankungen, im unteren Diagramm für die Diagnose psychischer Erkrankungen. Die regionalen EM-Risiken werden jeweils für 96 Raumordnungsregionen in Zusammenhang mit der regionalen Beschäftigungs- und Wohlstandssituation dargestellt.³ Dabei zeigt sich, dass die EM-Risiken wegen somatischer Erkrankungen zwischen etwa 1,5 und 5,2 und die EM-Risiken wegen psychischer Erkrankungen zwischen 0,9 und 2,8 pro 1.000 Versicherte liegen, d. h. die regionalen Unterschiede im Hinblick auf psychische Erkrankungen sind wesentlich geringer als bei somatischen.

Bemerkenswert ist, dass somatische Erkrankungen vergleichsweise selten in Regionen diagnostiziert werden, in denen das Wohlstandsniveau und die Beschäftigungsquote Älterer eher höher und die Arbeitslosenquote Älterer niedriger ausfällt. Dies ist daran erkennbar, dass die Punktwolken recht nahe an der Regressionsgeraden liegen. Die EM-Risiken wegen psychischen Erkrankungen stehen hingegen mit der regionalen Beschäftigungs- und Wohlstandssituation in keinem engeren Zusammenhang; dies zeigt sich daran, dass die Punktwolken weiter um die Regressionsgerade streuen. Dennoch zeigen sich bei psychischen wie bei somatischen Erkrankungen spezifische Regionen, in denen erhöhte EM-Risiken vorzufinden sind. Dies sind insbesondere nordostdeutsche sowie im Fall von psychischen Erkrankungen zudem einige Regionen in Nordwestdeutschland. Bemerkenswert ist z. B., dass die EM-Risiken aufgrund somatischer Erkrankungen in Berlin und Nürnberg (Industrieregion Mittelfranken) nahezu auf einem Punkt liegen, während psychische Erkrankungen in Berlin etwa 1,5-mal häufiger vorkommen als im Raum Nürnberg. Diese Unterschiede weisen darauf hin, dass regionale Besonderheiten bestehen.

Anders als hinsichtlich somatischer Erkrankungen zeigen die Analysen insgesamt, dass regionale EM-Risiken wegen psychischer Erkrankungen lediglich in einem losen Zusammenhang mit dem regionalen

Grafik 2: Zugang zu Erwerbsminderungsrenten wegen somatischer und psychischer Erkrankungen



Datenbasis: Forschungsdatenzentrum der Rentenversicherung – Rentenzugang 2011, Aktiv Versicherte 2011, INKAR-Daten 2012, eigene Berechnungen. Ohne Renten für Bergleute wegen Vollendung des 50. Lebensjahres, ohne ins Ausland gezahlte Renten und ohne Fälle mit nicht erfasster 1. Diagnose nach ICD 10

Arbeitsmarkt und dem entsprechenden Wohlstandskontext stehen. Die EM-Risiken wegen somatischer Erkrankungen hingegen weisen einen engeren Zusammenhang auf: Hier gehen ein geringeres Wohlstandsniveau und problematische regionale Arbeitsmärkte eher mit höheren EM-Risiken einher. Psychische Erkrankungen scheinen damit eher ‚demokratische Erkrankungen‘ zu sein, bei welchen neben regionalen Effekten auch Qualifikation sowie Berufsprestige weniger stark wirken als bei somatischen Erkrankungen (Müller et al. 2013).

Im Folgenden wird der regionale Kontext auf der Basis eines mehrdimensionalen Wohlstandsindex erfasst und in die Analyse einbezogen. Auf Grundlage der Indexwerte

werden vier regionale Gruppen gebildet, die aus je 24 Raumordnungsregionen bestehen. Neben materiellen Wohlstands- und Arbeitsmarktindikatoren werden zusätzlich die Attraktivität der Region (gemessen am Wanderungssaldo), die Größe des regionalen Arbeitsmarktes (operationalisiert mittels der Anzahl der bei der gesetzlichen Rentenversicherung aktiv versicherten Personen), sowie die ärztliche Versorgungsdichte in das Modell integriert. Die Versorgungsdichte wird durch die Anzahl der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten pro 100.000 Bewohner abgebildet. Für jede der sieben Variablen wurde ein Ranking durchgeführt, bei dem jeder Region ein Wert zwischen 1 bis 96 zugeordnet wird. Diese Werte werden über die sieben Variablen addiert und dann

in vier Gruppen (Quartile), die aus je 24 Regionen bestehen, eingeteilt.

Tabelle 2 zeigt die Mittelwerte der regionalen Kontextmerkmale in der Abfolge der Quartile, die hier als boomende, prosperierende, prekäre und stark benachteiligte Regionen bezeichnet werden: Je niedriger das Wohlstandsquartil ist, desto stärker ist die Abwanderung, desto kleiner sind die Arbeitsmärkte, umso geringer ist der Anteil älterer Beschäftigter und desto niedriger ist die lokale Ärztedichte und vor allem jene der niedergelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Wenig Variation zwischen den regionalen Wohlstandsquartilen zeigen sich hinsichtlich des Anteils älterer registrierter arbeitsloser Personen, der in allen vier Quartilen bei rund 5% liegt. Dies könnte in Zusammenhang stehen mit einer gewissen regionenübergreifenden Langzeit- oder Sockelarbeitslosigkeit sowie einer begrenzten Bezugsdauer von Arbeitslosengeld bei Älteren.

Das EM-Risiko sinkt in der Abfolge der regionalen Wohlstandsquartile. Somit weisen boomende Regionen das geringste Risiko auf eine Rente wegen Erwerbsminderung zu beziehen. Allerdings zeigen sich deutliche Unterschiede bezüglich der zugrunde liegenden Diagnosen.

In benachteiligten Regionen ist zwar das Risiko wegen somatischer Erkrankungen in den Vorruhestand zu gehen etwa 50% höher als in boomenden Regionen, ganz anders stellt sich allerdings die Situation bei psychischen Erkrankungen dar: Nahezu unabhängig von der Region liegen die EM-Risiken für psychische Erkrankungen bei etwa 1,7 pro 1.000 Versicherte.

Regionale und sozialstrukturelle Unterschiede zeigen sich vor allem bei EM-Renten wegen somatischer Erkrankungen

Die bisherigen Analysen haben gezeigt, dass sich die Bezieher von EM-Renten wegen somatischer Erkrankungen und psychischer Erkrankungen nicht nur hinsichtlich sozialstruktureller Merkmale unterscheiden, sondern dass auch der Zusammenhang mit Wohlstandsmerkmalen der Region für die beiden Diagnosegruppen nicht identisch ist. Um sowohl regionale als auch persönliche Merkmale zur Analyse der Unterschiede zwischen beiden Gruppen angemessen berücksichtigen zu können, wird abschließend ein logistisches Regressionsmodell verwendet, um die Stärke des Einflusses der verschiedenen Merkmale messen zu können. Anhand der logistischen Regressionsanalyse werden aus der vorherigen Analyse bekannte individuelle und regionale Merkmale hinsichtlich der Unterschiede bezüglich der Risiken, entweder wegen einer psychischen oder einer somatischen Erkrankung mit einer EM-Rente vorzeitig in den Ruhestand zu gehen, analysiert. Die dargestellten Odds Ratios (Tabelle 3) weisen Risikoverhältnisse aus: Werte größer als 1

Tabelle 2: Regionale Kontexte der Wohlstandsquartile

Labels für Regionen	Regionen				
	boomend	prosperierend	prekär	stark benachteiligt	insgesamt
Anzahl Raumordnungsregionen	24	24	24	24	96
Regionale Kontextmerkmale					
BIP pro Einwohner in 1.000 EUR	32,48	26,91	26,32	23,12	27,02
Wanderungssaldo pro 1.000 Einwohner	3,04	1,29	-0,23	-1,48	0,65
Aktiv Versicherte in 1.000 Personen	742,14	421,62	282,99	207,10	413,46
Anteil Beschäftigte 55 J.+ pro Einwohner 55-65 J. (%)	43,0	37,8	36,0	34,0	37,7
Anteil Arbeitslose 55 J.+ pro Einwohner 55-65 J. (%)	5,0	5,0	4,9	6,1	5,2
Ärztedichte / 100.000 Einwohner	186,73	163,56	151,85	138,21	160,90
Psychotherapeutendichte / 100.000 Einwohner	35,69	23,90	16,30	12,18	22,02
Eigenschaften der regionalen Quartile	wohlhabend, attraktiv, großer Arbeitsmarkt, gute ärztliche Versorgung	situert, Zuwanderung, ärztlich versorgt	situert, wenig attraktiv, kleiner Arbeitsmarkt, ärztlich versorgt	arm, Abwanderung, Arbeitsmarktprobleme, geringe ärztliche Versorgung	
Beispielregionen	Berlin Hamburg Köln, München Nürnberg	Göttingen Halle / Saale Havelland / Fläming Regensburg	Schleswig-Holstein-Nord Ostfriesland Magdeburg	Bremerhaven Oberpfalz-Nord Uckermark-Barnim	
EM-Risiken pro 1.000 Versicherte insgesamt	3,65	4,06	4,31	4,76	4,15
wegen somatischer Erkrankungen	2,01	2,43	2,64	3,02	2,49
wegen psychischer Erkrankungen	1,64	1,63	1,67	1,74	1,66

Datenbasis: FDZ-RV – Rentenzugang 2011, INKAR 2012, eigene Berechnungen. Ohne Renten für Bergleute wegen Vollendung des 50. Lebensjahres, ohne ins Ausland gezahlte Renten und ohne Fälle mit nicht erfasster 1. Diagnose nach ICD 10

weisen bei einem zunehmenden Wert der unabhängigen Variablen bzw. gegenüber der Referenzkategorie auf ein erhöhtes Risiko wegen psychischer Erkrankungen eine EM-Rente zu beziehen, und umgekehrt.

Auch im Regressionsmodell bestätigt sich der bivariate Befund für Frauen; ihr Risiko mit psychischen (im Vergleich zu somatischen Erkrankungen) in EM-Rente zu gehen ist um 60% höher als bei Männern (Odds Ratio: ca. 1,6). Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit wegen somatischer Erkrankungen berentet zu werden, oder umgekehrt: Je jünger im Lebensverlauf eine EM-Rente erstmals bezogen wird, desto wahrscheinlicher ist die Diagnose „psychische Erkrankungen“. Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit weisen ein erhöhtes Risiko auf, wegen psychischer Erkrankungen EM-Rente zu erhalten. Verheiratete und in eingetragenen Lebenspartnerschaften lebende Personen haben ein um etwa 37% geringeres Risiko wegen psychischer Erkrankungen EM-Rente zu beziehen als Ledige, Geschiedene und Verwitwete.

Bei der Interpretation des Effektes des Familienstands ist zu berücksichtigen, dass er sich auf eine sozialrechtliche Kategorie bezieht, die nicht die reale Lebensform im Haushaltskontext abbildet. Es kann allerdings davon ausgegangen werden, dass Verheiratete überwiegend mit ihrem Partner bzw. mit ihrer Partnerin zusammenleben, der bzw. die unterstützend und stabilisierend wirken kann. Andererseits könnten hier auch Selektionseffekte von Personen mit psychischen

Erkrankungen eine Rolle spielen, die sowohl hinsichtlich der Erwerbsfähigkeit als auch des Partnerschaftsmarktes auftreten können: Geringere Chancen bei der Partnersuche könnten mit erhöhten EM-Risiko einhergehen.

Hinsichtlich der Qualifikation bestätigt sich der in Tabelle 1 vorgefundene Befund. Somatische Erkrankungen sind bei Personen mit abgeschlossener Berufsausbildung wahrscheinlicher als bei der Referenzkategorie von Personen ohne Beruf, während bei Hochqualifizierten das Risiko psychischer Erkrankungen für den gesundheitsbedingten vorzeitigen Ruhestand höher ist. Ähnlich wie die Altersvariable deutet auch das Merkmal zur Höhe der vollwertigen Beitragszeiten darauf hin, dass kürzere Erwerbsbiografien das Risiko mit der Diagnose psychische Erkrankungen in EM-Rente zu gehen erhöht. Bereits im bivariaten Vergleich konnte gezeigt werden, dass die EM-Verrentung aufgrund somatischer Erkrankungen vor allem in benachteiligten Regionen auftritt, während aufgrund psychischer Erkrankungen keine regionalen Differenzen zu beobachten sind. Dieser Unterschied zwischen den beiden Diagnosegruppen kommt auch im logistischen Regressionsmodell unter Kontrolle der verwendeten individuellen Variablen zum Tragen. Mit steigender Quartilsgruppe des regionalen Wohlstandsindex nimmt das relative Risiko, wegen somatischer Erkrankungen EM-Rente zu beziehen ab, bzw. das wegen psychischer Erkrankungen zu.

Eine steigende Anzahl von Zugängen in Erwerbsminderungsrente geht vor allem auf eine Zunahme von psychischen Erkrankungen zurück. Häufiger werdende psychische Erkrankungen können in einem Zusammenhang mit zunehmenden Belastungen am Arbeitsplatz, Ökonomisierungs- und Beschleunigungstendenzen im Alltag stehen. Zudem können sich bei prekär Beschäftigten, überlasteten oder arbeitslosen Personen Zukunftsängste entwickeln, die mit gesundheitlichen Belastungen und Einschränkungen in der Alltagsbewältigung assoziiert sind (OECD 2013). Grundsätzlich ist eine Zunahme von wieder jünger werdenden EM-Rentnerinnen und -Rentnern nicht mit den Zielen einer Verlängerung der Lebensarbeitszeit zu vereinbaren und erhöht zudem Altersarmutsrisiken erheblich.

Die neue Bundesregierung strebt in ihrem Koalitionsvertrag (2013: 72) zwei Leistungsverbesserungen (Verlängerung der Zurechnungszeiten und Günstigerprüfung der letzten vier Jahre vor Zugang in EM-Rente) an, um den Bezug von Grundsicherung in Folge von Erwerbsminderung zu vermeiden. Beide geplanten Maßnahmen könnten die Rentenzahlbeträge für zukünftige EM-Renten erhöhen und sind deshalb positiv zu bewerten; sie sind jedoch aus sozialpolitischer Sicht nicht hinreichend. Schließlich wird die Höhe der EM-Renten in Zukunft durch Abschläge und eine weitere Senkung des Rentenniveaus, nicht zuletzt durch die im Koalitionsvertrag vorgese-

Tabelle 3: Logistische Regression – Risiken des Bezugs von EM-Rente wegen psychischer versus somatischer Erkrankungen

Variablen	Odds Ratios
Geschlecht weiblich	1,596***
Alter in Jahren	0,961***
Nicht-Deutsche Staatsangehörigkeit	1,294***
Verheiratet	0,634***
mit Berufsabschluß	0,950***
mit (Fach-)Hochschulabschluß	1,279***
vollwertige Beitragszeiten in Jahren	0,958***
Entgeltpunkte/Versicherungsjahr	0,998
Berufliche Rehabilitationsmaßnahmen	1,285*
Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen (Anzahl: 0–8 und mehr)	1,014**
Prekäre Region	1,073***
Prosperierende Region	1,103***
Boomende Region	1,286***
Cox & Snell R-Quadrat	0,077
Nagelkerkes R-Quadrat	0,104
N	159.142

*** 0,1%-, **1%-, *5%-Signifikanzniveau.

Kodierung: EM-Rente wegen psychischer Erkrankungen = 1, EM-Rente wegen somatischer Erkrankungen = 0. Referenzgruppen der Dummyvariablen: männlich, deutsche Staatsangehörigkeit, ledig/geschieden/verwitwet, ohne Beruf/k.A., keine beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen, benachteiligte Region.

Datenbasis: FDZ-RV – Rentenzugang 2011, INKAR 2012, eigene Berechnungen. Ohne Renten für Bergleute wegen Vollendung des 50. Lebensjahres, ohne ins Ausland gezahlte Renten und ohne Fälle mit nicht erfasster 1. Diagnose nach ICD 10.

hene und aus Beitragsmitteln finanzierte Mütterrente (2013: 73), verringert. Insofern werden die (Brutto-) Rentenzahlungsbeträge bei EM-Rentnerinnen und -Rentnern insbesondere im Osten Deutschlands und für westdeutsche Frauen regelmäßig nicht armutsvermeidend sein, sondern häufig unterhalb des Grundsicherungsbedarfs von 679 EUR (2012) liegen (DIW 2013, Steffen 2013). Darüber hinaus wird dabei nicht reflektiert, dass chronisch kranke Personen zur Vermeidung eines vorzeitigen Ausstiegs aus dem Erwerbsleben u. U. von sich aus ihre wöchentliche Arbeitszeit verkürzen oder eine Tätigkeit wählen, die sie psychisch und/oder somatisch als weniger belastend empfinden, die aber auch geringer entlohnt sein könnte. Gerade solche Verhaltensweisen sollten nicht von pauschalen Rentenabschlägen, wie bei der EM-Rente üblich, betroffen sein.

Vor dem Hintergrund zunehmender EM-Risiken insbesondere wegen psychischer Erkrankungen und einer gleichsam verlängerten Lebensarbeitszeit sind flexible Instrumente des Übergangs in EM – wie Altersrente zu entwickeln, die mehr auf Anreize als auf Abschläge setzen. Neben den oftmals brüchigen Erwerbsbiografien von chronisch Kranken verweist zunehmende Transnationalität bei Erwerbsbiografien von Migranten und Deutschen (Hauschild et al. 2013) darauf, dass die national orientierte Fortschreibung von Erwerbsbiografien im Rahmen einer Günstigerprüfung, wie im Koalitionsvertrag vorgesehen, kaum mit dem Ziel der Freizügigkeit in Europa zu vereinbaren ist.

1 Die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine EM-Rente sind, dass der

Antragsstellende mindestens drei Jahre Pflichtbeiträge innerhalb der letzten fünf Jahre abgeführt hat. Ferner wird geprüft, ob die Erwerbstätigkeit durch Rehabilitationsmaßnahmen wieder hergestellt werden kann. Eine teilweise EM-Rente kann auf eine volle aufgestockt werden, wenn regionale Arbeitsmärkte keine Teilzeitbeschäftigungsmöglichkeiten enthalten (siehe SGB VI § 43).

- 2 Zu den Codeplänen der beiden Datensätze sowie weiteren Spezifika siehe www.FDZ-RV.de. Weitere Hinweise zur Aufbereitung der Datensätze sind in Hagen et al. 2011 genannt.
- 3 Für eine diagnoseübergreifende Darstellung der Zugänge in EM-Rente differenziert nach Raumordnungsregionen (2010) siehe Brüssig (2012: 13).

Brüssig, Martin, 2012: *Erwerbsminderung und Arbeitsmarkt. Internet-Dokument. Institut Arbeit und Qualifikation, Forschungsnetzwerk Alterssicherung, Hans-Böckler-Stiftung. In: Altersübergangs-Report, Nr. 2012-04.*

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR), 2012: *Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung, INKAR. 2012, Bonn.*

Deutsche Rentenversicherung, 2013: *Indikatoren zu Erwerbsminderungsrenten (EM-Renten) im Zeitablauf. Mai 2013.*

DIW, 2013: *Der Koalitionsvertrag nimmt die Gesellschaft in die Pflicht. In: DIW Wochenbericht 50/2013, S. 31–42.*

Hagen, Christine; Himmelreicher, Ralf K.; Kemptner, Daniel; Lampert, Thomas, 2011: *Soziale Ungleichheit und Risiken der Erwerbsminderung. In: WSI-Mitteilungen 7/2011, S. 336–344.*

Hauschild, Matthias; Himmelreicher, Ralf

K.; Keck, Wolfgang, 2013: *Die wachsende Bedeutung transnationaler Erwerbsbiografien und deren Auswirkungen auf die deutsche Rentenversicherung. In: Deutsche Rentenversicherung, Heft 3/2013, S. 199–221.*

Höhne, Anke; Schubert, Michael, 2007: *Vom Healthy-migrant-Effekt zur gesundheitsbedingten Frühberentung. Erwerbsminderungsrenten bei Migranten in Deutschland. In: DRV-Schriften Band 55/2007, S. 103–125.*

Koalitionsvertrag, 2013: *Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 18. Legislaturperiode, Bonn.*

Lohmann-Haislah, Andrea, 2012: *Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund.*

Martin, Stefanie; Zollmann, Pia, 2013: *Erwerbsminderung – ein erhebliches Armutsrisiko. In: Informationsdienst Soziale Indikatoren, 39, S. 1–5.*

Müller, Rolf; Hagen, Christine; Himmelreicher, Ralf K., 2013: *Risiken für eine Erwerbsminderungsrente. Bremen im Ländervergleich. In: Arbeitnehmerkammer Bremen (Hrsg.).*

OECD, 2012: *Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work. OECD Publishing, Paris.*

OECD, 2013: *Health at a Glance 2013. OECD Indicators. OECD Publishing, Paris.*

Schopf, Christine; Naegel, Gerhard, 2005: *Alter und Migration – ein Überblick. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 38 (6), S. 84–395.*

Steffen, Johannes, 2013: *Verlängerung der Zurechnungszeit um zwei Jahre. www.portal-sozialpolitik.de (Zugriff: 05.12.2013).*

Christine Hagen, Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA)

Ralf K. Himmelreicher, TU Dortmund, Institut für Soziologie

Tel.: 030 / 26074065

Tel.: 0231 / 7552870

christine.hagen@dza.de

ralf.himmelreicher@tu-dortmund.de